

FICHES CONCOURS

POLITIQUES SOCIALES ET DE SANTE

Les conventions médicales entre l'assurance maladie et les médecins

Août 2017



Vase grec, La consultation médicale

Les conventions médicales, définition et histoire

▪ Dès lors que la sécurité sociale a remboursé les soins donnés aux assurés sociaux par des médecins libéraux, la relation conventionnelle devenait un passage obligé pour maîtriser les coûts : de fait, l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 impose que les tarifs des honoraires et des frais des médecins figurent dans des conventions départementales signées entre les caisses et les syndicats de médecins. A partir de 1960, un décret a imposé que les conventions départementales soient conformes à une convention type qui fixait des tarifs plafond. Le régime de la convention type ouvrait la voie à des conventions nationales, finalement instituées par la loi du 3 juillet 1971 qui, en contrepartie, pour calmer les craintes des médecins, a inscrit dans le Code de la sécurité sociale l'obligation de respecter les principes de la médecine libérale.

Actuellement, les articles L162-5 et L162-15 du Code de la sécurité sociale encadrent les conventions, précisent leur contenu, leur durée (aujourd'hui au plus égale à 5 ans), leurs signataires (l'UNCAM, union nationale des caisses d'assurance maladie d'un côté, de l'autre un ou plusieurs syndicats de médecins reconnus représentatifs au niveau national¹) et leurs conditions de validité : les conventions sont soumises pour avis à plusieurs partenaires (le Conseil de l'ordre des médecins sur les questions déontologiques et l'UNOCAM, union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, sur les tarifs et rémunérations prévus), puis transmises, pour approbation, aux ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Ceux-ci ne peuvent refuser leur approbation que si le texte n'est pas conforme aux lois et règlements en vigueur, pour des motifs de santé publique ou

¹ Lorsque la convention concerne à la fois les médecins généralistes et spécialistes (ce qui est le cas de la convention actuelle), la signature d'au moins un syndicat représentatif nationalement de chaque sous ensemble est requise. Les syndicats signataires doivent représenter dans chaque collège (généralistes et spécialistes) au moins 30 % des voix aux élections professionnelles.

de sécurité sanitaire ou en cas d'atteinte au principe d'égal accès aux soins. Ils ne peuvent la refuser pour des raisons d'opportunité ou des motifs financiers.

Du fait de cet approbation par arrêté ministériel, les conventions sont à la fois des contrats de droit public et des actes réglementaires.

- La convention n'est pas obligatoire : les médecins peuvent refuser d'y adhérer (c'est le cas de moins de 1 % d'entre eux) et leurs honoraires, remboursés à 70 % pour les médecins conventionnés en secteur 1 (application des tarifs conventionnels sans dépassements), sont remboursés par l'assurance maladie sur le fondement d'un tarif de responsabilité dérisoire. Cependant, le remboursement de leurs prescriptions est pris en charge.

Lorsqu'un médecin décide d'adhérer à la convention, il prend l'engagement de la respecter : les conventions comportent ainsi des procédures de sanctions, qui peuvent aller jusqu'au déconventionnement pour la période de validité de la convention. Les sanctions sont rares : elles sont encadrées par des procédures longues et sont gérées par les structures paritaires assurance maladie et médecins mises en place conventionnellement.

En contrepartie de son adhésion, le médecin bénéficie de certains avantages en termes de protection sociale, du moins s'il relève du secteur 1. L'assurance maladie prend à sa charge une part des cotisations d'assurance des praticiens pour la maladie et la maternité, ainsi qu'une part des cotisations famille et vieillesse.

Le contexte des négociations conventionnelles

La relation conventionnelle entre les médecins et la sécurité sociale a été fréquemment conflictuelle, en tout cas difficile, compte tenu des enjeux financiers pour chacun des partenaires et de la résistance idéologique des prestataires libéraux à tout encadrement de leur pratique professionnelle. L'histoire conventionnelle a été parsemée de contentieux et d'annulations.

La négociation de la dernière convention signée le 25 août 2016 et applicable au 1^{er} janvier 2017 s'est déroulée dans un contexte tendu : les organisations de médecins étaient hostiles à la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et, notamment, très opposés à la disposition rendant obligatoire le tiers payant, dans lequel ils voient parfois la négation des principes libéraux. Le principal syndicat de médecins (la CSMF) n'a d'ailleurs pas signé la convention, alors que celle-ci est particulièrement favorable. La convention a été signée par le syndicat des généralistes MG France et, paradoxalement, par les syndicats les plus favorables à la médecine libérale (la FMF et Le Bloc, le syndicat des chirurgiens).

Le contenu des conventions médicales, focus sur les nouveautés de la convention de 2016

- Le contenu des conventions médicales a beaucoup évolué. Au départ, elles réglaient les relations entre les caisses de sécurité sociale et les médecins (en particulier l'établissement et la transmission de statistiques d'activité et les éventuelles sanctions) et fixaient les tarifs opposables. Elles ont ensuite contribué à modifier l'offre de soins, avec des étapes significatives. Ainsi, en est-il, en 1980, de la création d'un secteur à honoraires libres dit

secteur 2, réservé aux médecins possédant certains titres, qui s'est beaucoup développé depuis lors, surtout chez les spécialistes (plus de 44 %) : les patients sont remboursés sur la base d'un tarif opposable et supportent un « reste-à-charge » parfois élevé. Depuis un avenant de 2012, les conventions tentent désormais de maîtriser l'ampleur des dépassements d'honoraires. Autre point significatif, les conventions médicales ont mis en œuvre la loi du 13 août 2004 qui institue un médecin traitant, qui doit assurer un rôle de prise en charge globale, de prévention individualisée et d'orientation des patients dans leur parcours de soins, ceux-ci étant moins bien remboursés s'ils s'adressent directement à certains spécialistes. Enfin, depuis dix ans, les conventions prévoient des aides aux médecins qui s'installent ou travaillent dans les zones de présence médicale insuffisante.

- Depuis 2005, les conventions ont défini des outils de régulation volontaire, telle la maîtrise médicalisée : les professionnels s'engagent sur des objectifs de baisse de certaines prescriptions considérées médicalement comme excessives (les antibiotiques, les hypnotiques, les statines...).
- Depuis 2011 les conventions prévoient une « Rémunération sur objectifs de santé publiques » (ROSP) : des indicateurs de santé publique sont définis, qui portent sur le suivi des pathologies chroniques (diabète, risque cardio-vasculaires...), la prévention (vaccinations contre la grippe, dépistages de divers cancers) et sur l'efficacité des prescriptions (recours aux génériques mais aussi prescriptions pour certaines pathologies particulières). L'assurance maladie valorise les réalisations du médecin et lui accorde une rémunération supplémentaire en fonction des résultats constatés.
- Les conventions définissent également des programmes de dépistage, de prévention et d'accompagnement des malades chroniques.
- La convention 2017-2021 reprend et améliore ces outils, enrichissant les indicateurs ROSP et aménageant les aides à l'exercice en zone sous-dotée. Elle porte toutefois surtout sur l'amélioration des rémunérations, au prix d'une complexification importante du système : elle revalorise la consultation des généralistes de 23 à 25€ ; elle prévoit une amélioration des tarifs du médecin correspondant (qui reçoit un malade adressé par le médecin traitant) ; elle augmente la rémunération des généralistes et des pédiatres pour les consultations de jeunes enfants ; pour les médecins spécialistes, est prévue une rémunération particulière pour les consultations considérées comme « complexes » et « très complexes » ; la convention rationalise et améliore les forfaits attribués aux médecins traitants en fonction des caractéristiques de sa clientèle (âge, pathologie), pour un montant qui devrait atteindre en moyenne 14 640€ annuels ; enfin, elle définit un « forfait structure » en fonction des logiciels qui équipent le cabinet et des services rendus à la clientèle.

Quelle appréciation ?

- La convention 2017-2021 est très coûteuse pour l'assurance maladie (1,3 Mds) et très favorable aux médecins. Elle innove peu, tout en multipliant les forfaits et les majorations tarifaires, sans doute pour apaiser les tensions. Dans leur principe, certaines mesures sont intéressantes (par exemple l'introduction de la notion de complexité de certains actes cliniques ou la valorisation de la situation des médecins traitants) mais la convention apparaît comme excessivement généreuse.

- D'une manière générale, les conventions imposent peu de contraintes aux médecins. C'est vrai dans le domaine financier : les engagements de maîtrise médicalisée sont de simples engagements moraux ; le montant des honoraires libres n'est pas clairement plafonné et l'assurance maladie choisit plutôt d'attribuer des avantages financiers aux médecins de secteur 2 qui acceptent de réguler leurs dépassements (système dit OPTAM : option de pratique tarifaire maîtrisée, avec une prime versée désormais aux médecins qui prennent des engagements sur un niveau de dépassements et sur une proportion de leur activité tarifée au niveau conventionnel). En ce qui concerne la qualité des soins, la convention fixe, pour la rémunération sur objectifs de santé publique, des exigences plutôt peu élevées, sans contrôle du respect des « références médicales » définies par la Haute autorité de santé.

Enfin, la convention n'impose pas non plus de contrainte en ce qui concerne l'installation des médecins, alors même que leur inégale répartition sur le territoire pose des questions de santé publique. Dans l'état actuel du droit, le médecin a un droit au conventionnement, même s'il s'installe dans une zone déjà très bien pourvue. Quant aux mesures favorisant les médecins qui s'installent en zone sous-dotée, leur efficacité est contestée : elles n'empêchent pas en tout cas la progression des déserts médicaux.

- Sur le plan des principes, l'Etat, présent dans le processus conventionnel puisqu'il approuve la convention, est en partie dépossédé de ses prérogatives : alors qu'il est formellement responsable de l'ensemble de la politique de santé, il n'est pas directement partie prenante à des négociations qui régissent les tarifs et les pratiques professionnelles des médecins. La loi sur la modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 tente de corriger ce point : elle prévoit que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent définir conjointement des lignes directrices préalablement aux négociations des conventions. En 2016, les orientations données ont été très générales : il peut difficilement en être autrement. Reste une contradiction fondamentale dans le pilotage d'ensemble du système de soins, dès lors qu'un pan majeur, celui des soins ambulatoires, est régulé conventionnellement, tandis que les établissements de santé obéissent à d'autres règles.

- Dans un rapport de septembre 2014, la Cour des comptes porte un jugement sévère sur les conventions médicales. Elle souligne le coût des politiques de rémunération menées, sans garantie probante d'efficacité. Elle déplore qu'aucune conséquence négative ne soit attachée au non-respect des objectifs. Plus grave, la politique de rémunération des médecins favoriserait les spécialités techniques plutôt que cliniques, malgré les déclarations contraires. La convention de 2016, très favorable aux médecins traitants, corrige un peu ce point.

Surtout, la Cour regrette que les conventions ne se préoccupent pas assez de l'organisation du système de soins et soient trop peu « interprofessionnelles », traitant peu de la coordination entre prestataires de ville et hospitaliers, alors que ce problème est identifié comme une des causes de mauvaise prise en charge des malades.

Au final, les conventions médicales suscitent un jugement ambivalent : d'un côté, leur ambition s'est accrue et elles s'efforcent d'améliorer la qualité des pratiques médicales. De l'autre, avec des partenaires médicaux il est vrai difficiles et rétifs, elles ont renoncé à toute réelle régulation des dépenses et des installations, voire à tout contrôle strict de la qualité des soins, et parient toujours sur les incitations financières, avec des résultats modestes.